# Bijlage 2 Toestemmingsverklaring van de patiënt

Hierbij geef ik toestemming voor het op video vastleggen van het uit te voeren consult. Alle informatie over hoe (naam van de Huisartsopleiding en de aios) omgaan met de gegevens is uiteengezet in ons **privacy statement op de achterzijde van dit formulier.**

Ik geef toestemming om de opname voor de volgende doeleinden te gebruiken: (doorhalen wat niet van toepassing is)

Ja / Nee Aan de huisarts in opleiding en mijn huisarts met als doel feedback/beoordeling te geven van de consultvoering van de huisarts in opleiding (bewaartermijn max. 2 weken)

Ja / Nee Aan de huisarts in opleiding en een andere huisarts-docent/-beoordelaar of gedragswetenschappelijk docent met als doel feedback/beoordeling te geven van de consultvoering van de huisarts in opleiding (bewaartermijn: maximaal tot einde opleidingsjaar van de huisarts in opleiding)

Ja/Nee Aan het opleidingsinstituut met als doel andere huisartsen in opleiding, andere opleiders, beoordelaars en docenten van de huisartsopleiding te trainen (bewaartermijn: max. 5 jaar)

Datum en plaats: …………………………………………………..

Naam: ……………………………………………………………………

Handtekening: ………………………………………………………

Bij de aanvang van de consultopname vraagt de huisarts in opleiding ter bevestiging of u alles begrepen heeft.

U heeft te allen tijde de mogelijkheid om uw toestemming in te trekken.